|  |  |
| --- | --- |
|   | Министру здравоохранения Камчатского краяА.В. Гашковуот\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О (последнее – при наличии) претендента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(электронный адрес) |

Заявление
об участии в наборе на заключение договора о целевом обучении

с Министерством здравоохранения Камчатского края

Прошу рассмотреть мою кандидатуру для участия в наборе на заключение договора о целевом обучении в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(город и наименование образовательной организации высшего образования)

по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

наименование специальности

О себе сообщаю следующее:

дата и место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование, серия и номер документа, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Достоверность представленных документов гарантирую.

После обучения обязуюсь отработать в Камчатском крае установленный в договоре о целевом обучении срок (не менее 3-х лет).

О необходимости незамедлительно уведомить Министерство здравоохранения Камчатского края в случае возникновения обстоятельств, препятствующих целевому обучению (незавершение предыдущего уровня образования, неудовлетворительные результаты государственной итоговой аттестации, болезнь, препятствующая получению образования, иное), извещен:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Гражданин «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_  дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/расшифровка подписи |
| Законный представитель (заполняется в случае, если заявление подается от имени несовершеннолетнего лица)«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_  дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/расшифровка подписи |
| Представитель по доверенности(заполняется в случае, если заявление подается от имени гражданина)«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_  дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/расшифровка подписи |